

ANNÉE 1914

THÈSE

N°

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Sophie ABRAMOVITCH

Née à Vilna (Russie), le 22 avril 1891

352

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CÉPHALÉMATOME

Président : M. PAUL BAR, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1914

352

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ANNÉE 1914

THÈSE

N° —

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Sophie ABRAMOVITCH

Née à Vilna (Russie), le 22 avril 1891

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CÉPHALÉMATOME



Président : M. PAUL BAR, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BAILLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de ma vive reconnaissance et de mes sentiments profonds d'amour.

A MES FRÈRES

A MES SŒURS

A MES AMIS

A MES MAITRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARIE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

MM. LES PROFESSEURS HAUSHALTER, WEISS,
ROHMER, Professeurs de la Faculté de Nancy

A MON EXCELLENT MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BAR

Professeur de Clinique obstétricale
Membre de l'Académie de Médecine

*En le remerciant de l'honneur
qu'il nous a fait en accep-
tant la présidence de notre
thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEQUEUX

Hommage de profonde reconnaissance. Nous lui adressons nos remerciements les plus sincères pour le sujet de cette thèse et pour les conseils éclairés qu'il a bien voulu nous donner.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CÉPHALÉMATOME

HISTORIQUE

Les premières observations de céphalématome sont apparues au xvii^e siècle.

C'est en 1822 que Zeller, dans sa thèse inaugurale, soutenue devant l'illustre professeur de Heidelberg, Nœgelé, donna à l'affection le nom de céphalématome, qui avant était désignée sous des appellations très différentes.

Quant à la pathogénie, Zeller dit qu'il est possible que le céphalématome n'ait d'autre origine qu'une pression supportée par la tête du fœtus en traversant le bassin.

Paletta, en Italie, et Michaëlis en France, ont montré l'existence d'une dépression de l'os au niveau de l'épanchement sanguin.

Burchard, de Breslau (1838), a tâché de préciser le siège du céphalématome, et croyait que c'était la table externe qui est soulevée par le sang.

Dans la même année, Valleix a conclu de ses recherches sur le cadavre à l'ossification incomplète de la table externe du pariétal.

Et il a émis l'hypothèse que la compression de la tête foetale produirait primitivement un suintement sanguin et secondairement un décollement périostique par le sang épanché.

Dubois, au contraire, pense que le décollement pendant le travail est le fait primitif, que la rupture des vaisseaux est secondaire et que le sang s'épanche dans la cavité préformée par ce décollement.

Pajot, dans sa thèse de 1853, fait intervenir le traumatisme de l'accouchement et trouve une certaine analogie entre la bosse séro-sanguine et le céphalématome. Il classe cette affection parmi les lésions déterminées par l'accouchement, mais favorisée « par un état mal connu préexistant dans le tissu osseux ».

Tarnier, dans le Dictionnaire de Jaccoud, accorde une influence primordiale à l'état de l'ossification du crâne chez le nouveau-né, il conclut « que l'organisation des os chez le nouveau-né est la cause première, l'élément indispensable à la production du céphalématome », mais admet, que le travail de l'accouchement joue le rôle de cause occasionnelle dans la formation de cette affection.

Il compare cette dernière à la bosse séro-sanguine, qui, d'après lui, se produirait par le même mécanisme (*Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie*, art. Céphalématome).

En 1878, Féré dans un article paru dans le *Bulletin de la Société anatomique* explique le siège fréquent du céphalématome au niveau de l'angle postéro-supérieur du pariétal, par l'existence d'une grande fissure osseuse, qui, avec celle du côté opposé, forme la fontanelle de Gerdy.

Il n'admet pas la comparaison de Tarnier entre le céphalématome et la bosse séro-sanguine. D'après lui, il n'y a entre ces deux tumeurs qu'une simple analogie et si elles ont quelque ressemblance au point de vue de la situation et de la forme, elles diffèrent par des points importants : le moment d'apparition, la nature de l'épanchement, la fréquence et les limites.

Dans les thèses plus récentes, on a détaillé toutes ces interprétations pathogéniques et on a ajouté quelques facteurs adjuvants.

Hamon (thèse 1886), dans ses expériences très intéressantes, qui consistaient à faire passer des fœtus dont il a injecté les carotides dans un mannequin, dont il pouvait réduire à volonté le canal pelvi-génital, reproduisit le céphalématome, et insista encore une fois sur l'importance de l'ossification incomplète du crâne fœtal.

Morain (thèse 1887) ajoute un facteur nouveau « l'état du sang à la naissance et les modifications survenues dans sa composition par fait de certains obstacles apportés à la circulation fœtale, dans le cas d'asphyxie en particulier ».

Bioche (1899) a attiré l'attention sur les dimen-

sions du diamètre bi-pariétal, dont les proportions moyennes, dans les cas de céphalématomes, sont, d'après sa statistique, supérieures à la normale.

Joret (1901) a rapproché au point de vue pathogénique le céphalématome du thrombus vaginal.

DÉFINITION.— DESCRIPTION

Le mot céphalématome, donné par Zeller en 1822 et consacré depuis par le monde médical, est appliqué à une tumeur sanguine qui se forme chez le nouveau-né entre un des os du crâne et le périoste décollé (Tarnier).

On distingue deux variétés de céphalématome, suivant que la tumeur siège au-dessous ou au-dessus des os de la voûte crânienne.

Le céphalématome interne est constitué par un épanchement sanguin entre la face endo-cranienne de l'os et la dure-mère, c'est là une variété d'hémorragie méningée dont le mécanisme, les symptômes et le traitement sont tout à fait différents du céphalématome externe que nous étudierons seul ici.

C'est une tumeur, qui apparaît en général quelques heures après l'accouchement sur la tête du nouveau-né.

Elle est constituée par un épanchement sanguin, qui se fait entre la face exocranienne de l'os et le périoste.

Elle est irréductible et ne dépasse jamais les limites des sutures et fontanelles.

Forme. — De forme généralement arrondie, elle dépend, d'après Burchard, du siège de la tumeur. De forme arrondie lorsqu'elle est située sur l'occipital, elle est plutôt ovalaire sur le pariétal.

Convexe au début, au bout d'un certain temps, quand le sang commence à se résorber et que la tension diminue, elle prend un aspect aplati.

Volume. — Dans les premières heures après l'accouchement, la tumeur est généralement très petite et passe souvent inaperçue. Elle peut conserver ces dimensions, mais en général dans les jours qui suivent elle augmente progressivement de volume. A la période d'état son volume est variable, occupant partie ou totalité de l'os.

De consistance fluctuante, la tumeur est bientôt bordée d'un bourrelet osseux, d'abord peu épais et dont l'époque d'apparition est variable ; puis le bourrelet devient plus saillant et de plus en plus apparent à mesure que la tumeur décroît.

A la période de résorption, en pressant sur la tumeur, on perçoit quelquefois une sensation parcheminée, qui tient à l'ossification du périoste décollé.

Variété. — Bioche divise les céphalématomes en trois variétés : 1° Le céphalématome spontané, celui qui survient à la suite d'un accouchement spontané.

2° Le céphalématome traumatique simple, résultant d'une application de forceps, sans lésion des téguments, ni de l'os.

3° Le céphalématome traumatique compliqué, qui

est accompagné de lésions des parois osseuses ou de téguments. Cette dernière variété est très rare.

Siège. — Le céphalématome spontané siège le plus souvent sur un des pariétaux, beaucoup plus rarement sur l'occipital.

Dans 52 o/o des cas, d'après Bioche, le céphalématome siège sur le pariétal droit.

On a vu des céphalématomes doubles. Dans ce cas, ils siègent sur les deux pariétaux et le plus souvent sont de volume inégal. Ils peuvent siéger, mais plus rarement, à la fois sur un pariétal et sur l'occipital.

Enfin on a signalé des céphalématomes triples, un sur chaque pariétal, le troisième sur l'occipital.

Le céphalématome traumatique peut se rencontrer sur tous les points de la voûte crânienne, et on trouve dans les auteurs des cas de céphalématomes traumatiques siégeant sur l'occipital, le temporal, le frontal et même le massif facial.

Si le céphalématome traumatique est consécutif à une application de forceps, le siège se montre fréquemment au point d'appui des branches du forceps, généralement de la branche antérieure (Pinard).

Enfin pour cette variété de céphalématome, les causes prédisposantes ne sont pas nécessaires pour sa production et il pourra siéger dans tous les points du crâne foetal.

Fréquence. — Le céphalématome est une affection relativement fréquente chez le nouveau-né, mais les statistiques divergent considérablement à ce

point de vue.

Nœgelé en a observé 17 cas en vingt ans.

Pour Barron il se produirait 1 céphalématome sur 600 accouchements.

Les statistiques plus récentes montrent une fréquence plus grande.

1^{re} Bioche, qui a fait une statistique à la clinique Baudeloque, portant sur 20.040 accouchements trouve une proportion de 1 céphalématome pour 195 accouchements.

2^e Morain qui base sa statistique sur 9.030 accouchements trouve une proportion de 1 céphalématome pour 250 accouchements ;

3^e Basten trouve une proportion se rapprochant plutôt de celle de Morain: 1 cas pour 274 accouchements.

Date d'apparition. — D'après Dubrisay et Jeanin, le céphalématome se montre en général deux ou trois jours après l'accouchement. C'est en général du deuxième au quatrième jour après l'accouchement, disent la plupart des auteurs, que le céphalématome apparaît le plus souvent.

D'après les recherches de Dehail, le plus grand nombre de céphalématomes apparaît dans les quelques heures qui suivent la naissance, le soir ou le lendemain de l'accouchement.

L'apparition précoce du céphalématome est la règle, mais si le céphalématome n'est pas plus souvent diagnostiqué à la naissance, cela tient à la difficulté de faire le diagnostic du fait de la coexistence des bosses séro-sanguines (Dehail).

Dans des cas exceptionnels, on a diagnostiqué le céphalématome au moment du travail ou même avant la rupture de la poche des eaux (Noegelé, Schmidt de Vienne).

Enfin on a signalé des céphalématomes tardifs, apparaissant quelques semaines ou même quelques mois après la naissance.

• OBSERVATION I (Résumée)

Céphalématome à la naissance
(*Archives de la Clinique Tarnier.*)

M. B..., âgée de vingt-six ans. Primipare. Vient à la Clinique le 27 février 1911, à 4 heures du matin.

La rupture de la poche des eaux a eu lieu à 3 heures du matin.

L'enfant est en présentation de sommet profondément engagé.

La variété de position est une O. I. G. A.

L'état de dilatation à l'entrée est de cinq francs.

Le bassin est normal.

A 10 heures, dilatation complète ; à midi, naissance d'une fille vivante du poids de 3.000 grammes. Le diamètre de la tête : le B. P. : 8,9 ; le B.-T. : 7,9 ; O. F. : 11,1.

L'enfant présente à la naissance une tumeur sur le pariétal gauche.

On fait le diagnostic de céphalématome.

Il est volumineux, siège sur le pariétal gauche, qu'il occupe presque entièrement. En avant, il atteint presque la suture

fronto-pariétale ; en haut, distant de un demi-centimètre de la suture sagittale ; en arrière, il suit exactement la suture occipitale-pariétale.

Les dimensions sont de 9 centimètres dans le sens transversal et de 8 centimètres dans le sens vertical. L'enfant part quelques jours après, conservant le céphalématome, qui n'a pas diminué de volume.

Ce qui est à noter dans cette observation, c'est l'apparition précoce de la lésion, le diagnostic sitôt la naissance, fait rare, le diagnostic se faisant habituellement quelques heures au plus tôt après l'accouchement.

Le mécanisme et la durée de l'accouchement étaient tout à fait normaux.

Bien qu'il s'agisse d'une position gauche, le céphalématome siège sur le pariétal gauche c'est-à-dire le pariétal postérieur, c'est le contraire qui se passe ordinairement.

PATHOGÉNIE

Les premières interprétations pathogéniques de cette affection ont apparu dans la première moitié de xix^e siècle.

C'est Burchard de Breslau, qui, le premier, a expliqué la formation du céphalématome ; il était formé pour lui par un épanchement sanguin situé entre le diploé et la table externe de l'os, et à mesure de son accumulation soulevait cette dernière.

Mécanisme anatomo-pathologique

D'autres interprétations apparurent dans la suite ; Valleix, Dubois, Pajot et Tarnier ont chacun, à leur tour, étudié le mécanisme de cette affection et ont surtout fait intervenir le glissement et décollement périosté.

Mais il est bien difficile d'expliquer la production de cette affection en faisant intervenir l'une ou l'autre des théories exposées à cet égard. Le céphalématome, en effet, se montre dans des conditions les plus diverses. On a vu son apparition après des accouchements dans lesquels le traumatisme était °

minime, on l'a même rencontré après l'accouchement par la césarienne (Nœgelé), où le traumatisme n'existe pas, et par contre il apparaît dans d'autres cas où le traumatisme de l'accouchement peut être nettement incriminé.

La production du céphalématome est soumise à tout un ensemble de causes prédisposantes et déterminantes, et c'est la nécessité de leur intervention qui nous fait comprendre la rareté de cette affection et l'impossibilité de l'expliquer dans chaque cas particulier par un mécanisme unique. « La cause du céphalématome n'est pas unique, et plusieurs des opinions exprimées à cet égard peuvent trouver un certain nombre de faits qui les justifient » (Pajot).

A l'heure actuelle, on admet deux grandes théories pour expliquer la formation du céphalématome : la théorie du glissement des téguments péricraniens avec décollement périosté consécutif, et la théorie du redressement de la courbure osseuse.

Quelques auteurs font aussi intervenir la compression subie par la tête fœtale, la gêne circulatoire et les altérations vasculaires qui s'ensuivent.

1^o Glissement et décollement périosté

Le mécanisme du glissement, bien étudié par les grands maîtres de l'Obstétrique française, Dubois, Pajot et Tarnier, est celui qui se trouve le plus fréquemment réalisé dans les cas d'accouchement spontané.

Il consiste dans le tiraillement et le glissement des téguments péricraniens sur la tête fœtale, glissement qui entraîne le périoste peu adhérent, produit son décollement et un épanchement sanguin consécutif entre lui et la table osseuse.

Le périoste du nouveau-né présente une disposition anatomique spéciale propre à nous expliquer ce décollement périostique et l'hémorragie qui s'ensuit.

Le périoste est constitué par deux couches : une externe, l'autre interne. La couche externe ou superficielle est une membrane fibro-élastique formée par des faisceaux conjonctifs, qui se disposent pour la plupart parallèlement les uns aux autres. A ces fibres conjonctives se mêlent un certain nombre de fibres élastiques plus ou moins anastomosées et des cellules plates du tissu conjonctif.

La couche interne est formée par un riche réticulum de fibres élastiques, disposé en réseau, dans les mailles duquel sont logés de minces faisceaux et cellules conjonctives.

Sur le crâne fœtal, dont l'ossification n'est pas achevée, la couche interne du périoste présente à sa partie profonde, immédiatement appliquée sur l'os sous-jacent, une série plus ou moins nombreuse de cellules jeunes, les ostéoblastes. L'ensemble de ces cellules avec leur fin réticulum conjonctif constitue le blastème sous périostal d'Ollier ou couche ostéogène, qui joue un rôle prépondérant dans l'ossification périostique du crâne.

Cette couche, très développée chez le fœtus et le nouveau-né, est encore nette chez l'enfant et l'adolescent, disparaît quand l'os a achevé sa croissance.

La surface extérieure du périoste n'est unie avec les parties molles ambiantes que d'une façon assez lâche, *mais partout où un ligament, un tendon ou une lame aponevrotique viennent s'attacher à lui* les connexions entre les organes et le périoste sont intimes (Poirier).

Le périoste présente une vascularisation très riche. Les artères, extrêmement nombreuses, pénètrent dans le périoste par les différents points de sa surface extérieure et se ramifient dans son épaisseur, de préférence dans sa couche externe, formant un réseau à mailles très serrées.

Les veines sont encore plus multiples et plus volumineuses.

Ce réseau vasculaire envoie à l'os des artères dit périostiques, qui se distribuent principalement à la partie superficielle de l'os. Les os crâniens présentent encore des artères profondes, qui pénètrent par les trous nourriciers et forment un autre réseau dans l'épaisseur même du diploë.

Ces quelques notions anatomiques nous permettent de comprendre la formation du céphalématome par le mécanisme du glissement et du décollement périostique.

L'adhérence intime du périoste à l'aponévrose péricranienne, la présence de la couche ostéogène d'Ollier, faiblement adhérente à l'os et son hyper-

activité fonctionnelle chez le nouveau-né, nous expliquent la facilité avec laquelle se fera le décollement du périoste, au niveau de ce blastème embryonnaire, lieu de moindre résistance.

La riche vascularisation et surtout les rapports vasculaires qui existent entre le périoste et l'os nous font comprendre comment le décollement du périoste entraînera forcément la déchirure des nombreux vaisseaux et produira un abondant épanchement sanguin.

Pendant l'accouchement le périoste décollé est intimement appliqué à la face externe de l'os par la pression de la filière pelvi-génitale.

Il y a à ce moment une sorte de cavité virtuelle, dont les parois sont constituées d'une part par la couche interne du périoste et de l'autre par la table externe de l'os.

Pendant l'accouchement les vaisseaux rompus ne peuvent donc pas saigner, ils sont aplatis par la pression des parties maternelles, il se produit une sorte d'hémostase temporaire.

La tête sortie, les pressions cessent, l'hémostase cesse également et le périoste se soulève sous l'influence de l'apport sanguin donné par les vaisseaux rompus.

Le céphalématome devrait donc apparaître immédiatement après la naissance.

M. le D^r Bioche, dans sa thèse, cite 2 observations où le céphalématome est apparu sitôt la nais-

sance et M. Mouchotte dans une publication de 1901, a de nouveau attiré l'attention sur ce fait, en citant 2 observations nouvelles.

Ce sont des arguments importants pour démontrer que dans le céphalématome le décollement est primitif, contemporain du travail et antérieur à l'hémorragie.

Peut-être faut-il, pour expliquer l'hémostase prolongée pendant quelques heures ou même quelques jours après la naissance, faire intervenir ce fait que les vaisseaux sont rompus par arrachement, mécanisme favorable pour leur oblitération spontanée, du moins temporaire.

Les efforts, les cris de l'enfant, une pression extérieure suffisent dès lors souvent pour détruire cette hémostase temporaire, la poche virtuelle formée depuis longtemps se remplit de sang, il se produit un céphalématome tardif.

Le plus souvent le céphalématome amorcé pour ainsi dire pendant le travail de parturition s'établit au point de vue clinique dans les heures qui suivent la naissance.

2° Redressement de la courbure osseuse

Le second mécanisme de production du céphalématome est le redressement de la courbure du crâne fœtal, mécanisme qui se trouve quelquefois réalisé dans l'accouchement spontané, plus fréquemment

dans les cas d'accouchements accompagnés de certaines interventions, telle que le forceps par exemple.

La filière pelvi-génitale ne constitue pas un cylindre uni et régulier. Il existe le long de son parcours des parties saillantes sur lesquelles la tête fœtale est exposée à subir des chocs et des traumatismes.

Il y a le promontoire en arrière, qui fait une saillie très appréciable dans l'ouverture du détroit supérieur, en avant la face postérieure irrégulière de la symphyse, sur les côtés les crêtes pectinéales forment des arêtes vives capables également de traumatiser la tête.

Dans l'excavation on trouve parfois de faux promontoires ; les épines sciatiques forment une saillie dans l'aire du détroit inférieur, ce sont là autant de saillies favorables aux lésions craniennes.

Mais tous les traumatismes subis par la tête contre les saillies du bassin seraient dans la plupart des cas insuffisants pour produire le céphalématome.

Pour que le redressement de la courbure du crâne fœtal soit suivi d'apparition d'un céphalématome, il faut une cause prédisposante primordiale, c'est l'état d'ossification de la tête fœtale, principalement des pariétaux, siège habituel de la lésion.

Ce facteur a été mis en évidence par Valleix et Dubois dont les théories, suivant l'expression de M. Mouchotte « n'ont besoin que d'être rajeunies et légèrement modifiées ».

L'influence de l'ossification incomplète sur la pathogénie du céphalématome a été également étu-

diée par Hamon, dans ses expériences très intéressantes sur des têtes de fœtus prématurés.

Le crâne de l'enfant nouveau-né présente son ossification inachevée.

Les os du crâne, qui prennent naissance au dépend d'un ébauche conjonctive, commencent leur ossification par un ou plusieurs points d'ossification situés généralement au niveau des bosses.

De ce point d'ossification, comme centre, rayonnent de fines aiguilles osseuses, allant se perdre dans la lame conjonctive.

Peu à peu le noyau primitif s'étale considérablement, les travées osseuses s'allongent tout en gardant leur structure réticulée.

Dans les mailles de ceréticulum osseux se trouvent de larges espaces vasculaires.

Le pariétal présente un seul point d'ossification, qui apparaît vers le quarante-cinquième jour de la vie intra-utérine, là où sera plus tard la bosse pariétale.

Le développement n'est complet que six mois après la naissance.

De ce point d'ossification central partent de longues aiguilles osseuses, qui toutes se dirigent en divergeant vers la périphérie.

Ces fibrilles osseuses forment deux couches : l'une profonde qui constituera la table interne, l'autre superficielle, destinée à former la table externe de l'os.

L'accroissement se fait en longueur et en épais-

seur, mais les progrès de l'ossification ne sont pas également rapides dans les deux couches ; l'ossification procède avec plus de lenteur dans la couche superficielle, en sorte qu'à la naissance l'ossification de la table interne est déjà complète, alors que la table externe présente encore des lacunes, des fissures, *d'autant plus larges qu'elles sont plus près de la périphérie.*

Ces fissures atteignent leurs plus grandes dimensions au niveau de l'angle supérieur et postérieur du pariétal.

Une des plus étendues et des plus fréquentes, décrite par Féré, est située à l'union des quatre cinquièmes antérieurs avec le cinquième postérieur de la suture sagittale.

Cette fissure est parfois si étendue, qu'elle forme avec celle du côté opposé une fontanelle, connue sous le nom de fontanelle de Gerdy.

De nombreux et volumineux vaisseaux remplissent ces fissures osseuses ; ils sont entourés de fibrilles osseuses et constituent ensemble un diploé rudimentaire, très vasculaire.

Un facteur important, qui a été également mis en évidence, est la structure élémentaire des petites artériolles, qui sont réduites à leur endothélium, renforcées seulement par une enveloppe conjonctive.

L'ossification inachevée du crâne fœtal, sa constitution anatomique à la naissance, la structure histologique des artérioles, tous ces facteurs contribuent à nous faire comprendre la prédisposition toute par-

ticulaire du crâne foetal et principalement des pariétaux aux lésions osseuses et aux ruptures vasculaires, sauf l'influence des traumatismes. Ils auront d'autant plus de chance de se trouver réunis que le crâne sera moins ossifié, la prématurité joue donc un rôle capital.

Le redressement de la courbure du pariétal a pour effet d'étaler les stries osseuses, qui s'écarteront beaucoup plus à leur extrémité qu'à leur point de convergence, et de déchirer les vaisseaux surtout au voisinage des bords du pariétal (Féré).

La déchirure vasculaire est suivie d'un épanchement sanguin qui a pour effet un *décollement secondaire* du périoste adhérent et le céphalématome se trouve constitué.

L'hémorragie, dans ce cas, pourrait prendre des proportions considérables, s'il n'y avait pas les espaces fibreux qui forment les sutures et les fontanelles et brident l'écoulement sanguin.

II. — CAUSES PRÉDISPOSANTES

a) *Causes d'origine maternelle*

Primiparité. — Parmi les causes prédisposantes secondaires, favorisant la production du céphalématome, une des premières a été notée : la primiparité de la mère. L'influence de ce facteur a été mis en évidence dans toutes les statistiques.

Ainsi, dans la statistique de Bioche, portant sur 105 cas de céphalématomes, dans 79 0/0 des cas la mère était primipare, dans celle de Beck (thèse de Munich, 1904), portant sur 99 cas, ce chiffre s'élève jusqu'à 84 0/0.

L'influence de la primiparité s'explique aisément par la résistance plus grande des parties molles maternelles.

La longueur plus grande du travail chez la primipare, surtout de la période d'expulsion, est due à la résistance plus grande du canal vaginal, mais surtout du bassin mou. Cette résistance augmente les difficultés de la descente et du dégagement de la tête fœtale, et augmente d'autant les chances de traumatisme et de formation de céphalématome par l'un ou l'autre des mécanismes incriminés. Notons, en outre, que la prolongation du travail est souvent la conséquence d'une viciation pelvienne.

On a également noté l'influence de l'âge de la primipare. D'après Bioche, dans 25 0/0 des cas, la femme était âgée de vingt-sept ans et au-dessus (dans 11 0/0 des cas seulement d'après Dehail).

Chez la primipare âgée, à la résistance encore plus accentuée des parties molles, se surajoute l'ossification de l'articulation sacro-coccygienne.

Expulsion précipitée. — L'expulsion très rapide et brusque du fœtus hors des voies génitales a été, dans certaines observations, incriminée pour expliquer l'apparition d'un céphalématome.

D'après Dehail (thèse de Paris, 1907), dans 23 0/0

des cas de céphalématome, la durée de la période d'expulsion avait été moins de trente minutes. Dans ces cas d'expulsion rapide les contractions utérines sont habituellement fortes, par conséquent traumatisantes, le glissement et le décollement du périoste sont donc particulièrement à redouter.

B. — *Causes d'origine fœtale*

Volume de la tête. — Un facteur étiologique important est le volume de la tête fœtale.

En effet, on a signalé dans la plupart des statistiques de céphalématomes les dimensions exagérées du diamètre bi-pariétal.

Dans la statistique de Bioche, dans 23 o/o des cas, le bi-pariétal dépasse 9 cm. 5. Le maximum atteint de 10 cm. à 10 cm. 5.

D'après Basten, dans 40 o/o des cas, le bi-pariétal avait des dimensions supérieures à la normale.

Mais les petites têtes peuvent aussi, dans certains cas, être favorables à la production du céphalématome.

Ce sont des têtes mal ossifiées, à sutures fontanelles larges, présentant parfois des lacunes et fissures anormales.

Le travail, dans le cas d'une petite tête, peut traîner en longueur « la tête venant s'applatir contre le périnée au lieu de le forcer ». On est enfin obligé d'extraire ces enfants par le forceps.

La doliocéphalée a été citée comme cause prédominante (Basten). En effet, les têtes doliocéphales sont habituellement mal ossifiées et le dégagement par déflexion se fait difficilement. Le siège du céphalématome dans ces cas est de préférence l'occipital.

Poids de l'enfant. — Nous trouvons dans les statistiques de céphalématomes que, dans 56 o/o des cas, les enfants ont un poids supérieur à la moyenne, considérée comme étant de 3.250 grammes.

Ce même facteur explique l'influence du sexe : si, dans les statistiques, on compte 65 o/o de garçons, c'est qu'en général le poids moyen des garçons surpasse celui des filles.

Cheveux. — Le professeur Pinard a noté l'influence de la longueur des cheveux de la tête fœtale, qui dépassent, dans les cas de céphalématomes la moyenne de 3.4 centimètres. Les cheveux agissent non seulement par leur longueur, mais aussi par leur abondance.

Procidence des membres. — La procidence des membres paraît, dans une certaine mesure, favoriser l'apparition du céphalématome.

L'engagement est souvent retardé, il se produit parfois un arrêt dans la rotation ou dans le dégagement.

Le membre en procidence peut agir comme saillie anormale, favoriser le glissement ou même produire un véritable enfoncement.

Le relèvement des bras dans la présentation du

siège a la même action et agit suivant le même mécanisme.

Rupture prématurée des membranes. — La rupture prématurée des membranes, facteur d'origine ovulaire, a été notée comme une prédisposition importante du céphalématome.

Dans les 99 cas réunis par Beck, l'intervalle entre la rupture des membranes et l'expulsion du fœtus était en moyenne de six heures, chiffre trop élevé, étant donné la durée normale du travail.

Dans 33 cas la rupture était prématurée, dans 10 cas la rupture était précoce.

La poche des eaux ayant pour rôle de favoriser la dilatation du col et par suite d'accélérer le travail, joue encore le rôle d'un matelas liquide, qui protège le fœtus contre tout traumatisme.

Dans le cas de rupture prématurée, la dilatation est lente, la pression du col plus prolongée et surtout il s'établit un contact direct et prolongé entre la tête fœtale et la filière pelvi-génitale.

OBSERVATION II (Résumée)

(Archives de la clinique Tarnier.)

Céphalématome du pariétal gauche. — Rupture prématurée des membranes quarante-six heures avant l'accouchement.

M^{me} Ch..., âgée de trente-cinq ans, III-pare, deux fausses couches en 1908 et 1909.

Entre à la clinique Tarnier le 3 juin 1911 à 5 heures du matin. Elle est à terme. Son bassin est normal. Le col est perméable. La rupture de la poche des eaux a eu lieu le 2 juin à 4 heures du matin.

L'enfant est en présentation du sommet fixée dans une position gauche.

Dans la journée la parturiente a peu de douleurs.

10 heures du soir. — Contractions plus rapprochées et plus douloureuses.

4 juin. — A 1 h. 30 du matin, dilatation complète. Efforts expulsifs à 2 h. 10. Expulsion spontanée d'un garçon vivant du poids de 3.170 grammes. Les diamètres de la tête sont, le B. P. de 8, 6, le B. T., 7, 5, O. F., 10, 5.

8 juin. — On constate un petit céphalématome de la partie antérieure et supérieure du pariétal gauche.

Dans cette observation, le diagnostic du céphalématome a été tardif, on l'a constaté quatre jours après la naissance. Mais il est possible que son apparition ait été beaucoup plus précoce et qu'il soit passé inaperçu à cause de son faible volume.

Ce qui est à noter dans cette observation, c'est la rupture prématurée de la poche des eaux, quarante-six heures avant l'accouchement.

La tête fœtale, pendant plus de vingt-deux heures qu'a duré le travail, a été soumise à tous les frottements et tiraillements inséparables du travail, et n'étant plus protégée par le matelas liquide formé par la poche des eaux, les a subis dans toute leur intensité.

Enfin, le céphalématome siègeait sur la partie antérieure du pariétal, ce qui n'est pas habituel.

La grossesse, gémellaire peut, dans certains cas prédisposer au céphalématome par un ensemble de facteurs étiologiques cités ci-dessus.

La période de dilatation est un peu plus longue (Scriber), la rupture prématurée de la poche des eaux se voit dans un tiers des cas et les procidences sont fréquentes.

Dans le premier accouchement la période d'expulsion est quelquefois prolongée, la contraction utérine agit sur le fœtus le plus élevé, qui n'est pas celui qui s'engage (Puech et Lequeux).

Dans le second accouchement, l'expulsion est dans un certain nombre de cas rapide et brusque.

Les fœtus, souvent prématurés et débiles, ont de petites têtes mal ossifiées : c'est là un dernier facteur s'ajoutant aux autres pour favoriser le céphalématome.

Maladies du fœtus. — On a enfin parlé des maladies du fœtus qui agissent soit en altérant les vaisseaux ou le sang, soit en retardant l'ossification du crâne.

On a tout particulièrement cité la syphilis héréditaire, l'hémophilie et le rachitisme congénital.

OBSERVATION III (Résumée)

(Présentée par M. le D^r Metzger à la Société
d'Obstétrique de Paris.)

Grossesse gémellaire. — Accouchement artificiel par version podalique. — Un cephalémotome sur chaque enfant.

M. R., vingt-deux ans, primipare entre à la Maternité de Lariboisière le 11 janvier 1909, à une heure du matin, ayant eu chez elle un accès d'éclampsie.

A son arrivée, une seconde attaque, suivie de coma. L'examen obstétrical montre un utérus volumineux. Au palper, on sent nettement deux pôles céphaliques. A l'auscultation, deux foyers distincts. On pose le diagnostic de grossesse gémellaire.

On commence par un traitement général de l'éclampsie. La malade reste dans le coma.

Dans l'intérêt des enfants, on pratique la dilatation bimanuelle du col.

On essaye d'appliquer le forceps au détroit supérieur en G. T., mais la tête ne descend pas, le forceps dérape et on décide de faire la version. La version se fait aisément et on extrait la tête dernière par la manœuvre de Mauriceau.

Après la sortie de ce premier enfant, on remet la main dans l'utérus, on fait une seconde version et on extrait le second fœtus.

Le premier enfant pesait 3.400 grammes ; ses diamètres étaient : le O.F., 12 ; le Bi.P., 10, et le Bi.T., 8. Le second

pesait 3.330 grammes ; ses diamètres étaient O. F., 11,5 ; Bi. P., 10, Bi. T., 8.

Le troisième jour après l'accouchement, on note sur la tête du second fœtus un céphalématome volumineux.

Il siège sur le pariétal droit, à 1 centimètre de la suture sagittale ; il a une longueur de 5 centimètres et 3 centimètres de largeur. Il n'y a pas de bourrelet qui le limite, ce qui indique sa date d'apparition récente.

Le huitième jour, on constate un céphalématome sur le premier enfant : tumeur du volume d'une noisette, siégant très en arrière sur le pariétal gauche. Les deux tumeurs ont évolué par la suite comme on l'observe habituellement.

Nous avons, dans cette observation, tout un ensemble de causes prédisposantes et occasionnelles, propres à nous expliquer l'apparition de ces deux céphalématomes. La femme est primipare ; c'est une grossesse gémellaire. Le premier enfant a subi une tentative de forceps. Les deux ont été extraits artificiellement par la version et on a pratiqué la manœuvre de Mauriceau. Nous trouvons donc dans cette observation de nombreuses causes occasionnelles capables d'expliquer la production de ces céphalématomes, et où ne sait vraiment pas laquelle il faut incriminer plus particulièrement.

CAUSES OCCASIONNELLES

Nous allons étudier quelle est la cause occasionnelle intime du céphalématome et son mode de production, maintenant que nous en connaissons le mécanisme anatomo-pathologique et les causes prédisposantes.

Étudions-le successivement dans l'accouchement normal et dystocique avec et sans intervention.

A. — *Accouchement spontané. — Bassin normal*

a) *Présentation du sommet.* — C'est surtout dans les présentations du sommet qu'on observe le céphalématome, et il peut se produire ou mieux s'amorcer à tous les temps de cet accouchement.

D'après les statistiques, le céphalématome, dans la présentation du sommet, siège, dans plus de 90 o/o des cas, sur le pariétal, ce qui tient, d'une part, à sa constitution anatomique, surtout de son angle postéro-supérieur, et d'autre part, à l'orientation de la tête fœtale.

Engagement. — La tête étant fléchie, les bosses frontales sont dissimulées, la bosse occipitale marche en avant, tendant à gagner le centre de la filière et ce sont les bosses pariétales qui viennent prendre contact avec les parois du bassin. C'est donc au

niveau de ces régions que le traumatisme sera porté au maximum.

Pendant la descente de la tête, la région pariétale est en rapport avec la face postérieure de la symphyse pubienne et vient frotter contre la saillie de cette face, le culmen-pubis.

Dans la variété de position, la plus fréquente, dans O. I. G. A., le pariétal antérieur, en rapport avec la symphyse, sera le pariétal droit. C'est donc sur ce pariétal que nous rencontrons le plus fréquemment le céphalématome, dans 52 o/o de cas, d'après Bioche.

Le pariétal sera d'autant plus traumatisé pendant sa descente, que le rapport entre la tête fœtale et le bassin sera plus disproportionné et les contractions seront plus intenses.

Descente. — L'engagement effectué, la tête doit, poussée par de fortes contractions utérines, parcourir tout le bassin osseux et le bassin mou. C'est donc dans ce temps de l'accouchement que se trouvent réalisées toutes les conditions nécessaires au glissement et au décollement du périoste.

Dès la dilatation complète, la tête fœtale entre en contact avec le canal vaginal et se trouve fortement appliquée contre lui, d'autant plus que tous les deux présentent des surfaces irrégulières et ridées.

Le vagin présente sur sa face interne de nombreux plis, les uns longitudinaux, « les colonnes du vagin, les autres transversaux « les rides de vagin ».

La tête fœtale ne présente pas non plus une sur-

face lisse et facilement glissante. Pour franchir l'obstacle que lui oppose le détroit supérieur, la tête réduit ses diamètres par chevauchement des os ; la surface se trouve ainsi diminuée, le cuir chevelu est devenu trop grand pour cette surface osseuse et n'ayant pas l'élasticité suffisante pour revenir sur lui même il est obligé de se plisser et de se rider.

Ce plissement est capable par lui-même de produire un décollement du périoste ; s'il est insuffisant à le décoller, il augmente les irrégularités de la tête fœtale et les frottements sur son parcours.

Un facteur qui favorise également l'immobilisation et le tiraillement du péricrâne fœtal et qui est mis en évidence par M. le professeur Pinard, c'est la présence des cheveux sur la tête fœtale. Les cheveux agissent par leur longueur, mais surtout par leur abondance ; leur présence rend la surface de la tête encore plus irrégulière, encors moins glissante.

Comme on peut le prévoir de cet exposé, les téguments péricrâniens sont en contact intime avec les saillies et les dépressions du canal vaginal.

Lorsque survient une contraction utérine, la force de cette contraction est transmise avec le maximum d'intensité au bloc osseux de la tête, par l'intermédiaire de la colonne vertébrale.

Le crâne osseux, grâce à son poids et à sa consistance, grâce à sa situation centrale, subira le minimum de frottements.

Le péricrâne, fortement appliqué contre les parois du vagin et par son intermédiaire contre les parois

du bassin, subit au contraire le maximum de frottements.

Ainsi se trouve réalisé un certain degré de dissociation dans la progression du crâne osseux et des téguments péricrâniens.

Les parties molles de la tête sont immobilisées, pendant que le bloc céphalique obéit aux impulsions de l'utérus et tend à continuer sa progression. On conçoit que ceci amène des tiraillements et un arrachement des attaches fibro-vasculaires qui les unissent.

Le moment dangereux, mis en évidence par Fritsch, est celui qui correspond à l'arrêt de la contraction utérine. L'utérus relâché et augmenté de capacité exerce une sorte d'aspiration et le fœtus n'étant plus poussé, remonte un peu dans l'intervalle qui sépare deux contractions. Dans ce cas, c'est aussi le bloc osseux qui remontera seul ou plus vite, que le péricrâne immobilisé.

Rotation. — Le glissement et décollement périoste peut également se produire dans les changements d'orientation de la tête fœtale. C'est donc dans la rotation que nous trouvons réalisé ce mécanisme, soit qu'elle se produise au moment où la tête fœtale touche le plancher pelvien, soit surtout quand elle commence dans l'excavation et la tête descend en décrivant un véritable mouvement de vrille (Dubrisay et Jeannin).

Dans la variété de position O. I. G. A. quand la rotation se produit d'une manière normale et régu-

lière, le déplacement est de 45 degrés et les glissements et tiraillements sont relativement peu accentués.

Mais c'est dans les occipito-postérieures où la rotation est étendue de 135 degrés, souvent prolongée et hésitante, que le décollement de périoste peut le plus facilement avoir lieu.

Enfin dans ces positions la rotation peut être anormale et le dégagement se faire en occipito-sacrée. Dans ce cas, l'occiput « pour apparaître à la vulve doit balayer toute l'étendue du sacrum et du péri-née » ; ajoutons à cela que la période d'expulsion est plus longue, le travail moins régulier, conditions qui augmentent les chances de traumatismes de la tête fœtale et par conséquent la production d'un céphalématome.

Un cas de rotation prolongée et hésitante, suivie d'apparition d'un céphalématome était observé par M. Mouchotte, interne du Dr Lepage au cours d'une observation tout à fait démonstrative à cet égard :

OBSERVATION IV (Résumée)

(Recueillie par M. Mouchotte, interne du
service du Dr Lepage.)

(*Rotation anormale céphalématome du pariétal gauche
sitôt l'expulsion du fœtus.*)

M. E..., âgée de vingt-deux ans, primipare, à terme, entre en travail le 2 décembre 1899. O. 1. G. A. d'abord, engage-

ment en G. T. 3 décembre à 10 heures du matin. dilatation de 5 francs. La tête est mal fléchie (les deux fontanelles accessibles) nettement orientée en occipito-postérieure directe.

10 h. 30. — Dilatation plus grande que 5 francs. La tête n'est plus nettement en occipito-postérieure directe, mais dans une situation intermédiaire à l'occipito-postérieure directe et la postérieure droite.

11 h. 15. — Suture bi-pariétale coïncide nettement avec le diamètre A. P. La tête a oscillé et est revenue en occipito-postérieure directe. La fontanelle postérieure n'est pas atteinte, et en avant le doigt arrive sur l'antérieure.

2 h. 5. — Tête en D. A.

2 h. 15. — Tête en occipito-pubienne.

2 h. 30. — La suture sagittale est dans le diamètre oblique gauche; la fontanelle antérieure est en arrière et à droite. Au toucher on sent la tête se mettre en O. P. Le toucher pratiqué fréquemment permet de constater *que la tête demeure en G. A. dans l'intervalle des contractions alors qu'elle se place en O. P. pendant les contractions.*

2 h. 55. — Expulsion de la tête en O. P.

Après la rotation externe de la tête (occiput à droite) on constate en haut, sous le pubis appliqué sur la partie inférieure de la joue gauche, *la main droite en procubitus*. L'enfant du sexe masculin pèse 3.710 grammes, mesure 52 centimètres; cheveux long. Diamètre : O. M. 13,1, O. F. 11,8, B. P. 9,7 B. T. 8,7.

Sitôt l'expulsion du fœtus, on constate sur l'angle postéro-supérieur du pariétal gauche une saillie près de la bosse séro-sanguine. Étant donnée la situation de cette forte saillie,

étant donné qu'elle ne dépasse pas la ligne médiane, tenant compte d'autre part de sa consistance rénitente, toute différente de la bosse séro-sanguine, on pense qu'il s'agira dans la suite d'un céphalématome. Le lendemain 4 décembre à l'heure de la visite on constate sur l'angle postéro-supérieur du pariétal gauche un céphalématome.

12 décembre. — Le bourrelet périphérique du céphalématome est très saillant.

13 décembre. — L'enfant quitte le service avec sa mère. Il n'a pas été revu.

Cette observation présente deux particularités intéressantes. Tout d'abord, une anomalie de rotation. La rotation prolongée et hésitante de la tête fœtale peut être nettement incriminée comme cause occasionnelle de la production de ce céphalématome.

Le deuxième fait à noter est que le diagnostic de la lésion a été fait sitôt la naissance de l'enfant.

DÉGAGEMENT DE LA TÊTE

Pour se dégager hors des voies génitales, la tête fœtale est obligée de faire un mouvement de déflexion.

Dans ce mouvement, la tête racle l'arc sous-pubien et suivant l'écartement des branches descendantes du pubis, ce sont les régions pariétales ou l'occipital qui sont traumatisés.

Dans le cas où l'angle formé par ces deux branches est suffisamment obtus, les pariétaux du fœtus peuvent facilement franchir leur rebord sans y toucher, le sous-occiput et l'occiput viennent seuls en contact avec la sous-symphyse.

C'est sur l'occipital que nous aurons, dans ce cas, le siège du céphalématome.

Si les branches descendantes du pibus sont, au contraire, rapprochées, c'est le bipariétal qui est en contact avec les branches osseuses et c'est sur un ou les deux pariétaux que siège le céphalématome.

Ce temps de l'accouchement sera d'autant plus traumatisant pour le fœtus, les tiraillements et glissements des téguments péricraniens seront d'autant plus favorisés, que les parties molles de la femme résisteront plus ; ici interviennent donc deux facteurs étiologiques : la primiparité et l'âge de la femme primipare.

Un certain nombre d'observations montrent nettement l'importance de ce mouvement de dégagement de la tête au détroit inférieur (Joret).

Ainsi dans les cas où le sommet était profondément descendu et où la rotation était achevée au moment où le travail a débuté, le seul temps de l'accouchement à incriminer reste le temps de dégagement.

b) Présentation du front

Nous ne trouvons que peu d'observations de céphalématome dans la présentation du front, et ceci

n'est pas sans nous étonner, étant donné que les causes favorisantes et occasionnelles du céphalématome se trouvent réalisées au maximum dans cette présentation.

Peut-être cette rareté tient-elle à ce que la présentation du front est souvent méconnue et qu'on ne signale que celles où l'enclavement en est l'aboutissant.

Nous retrouvons, en effet, dans l'étiologie de la présentation du front, les causes prédisposantes ou occasionnelles signalées pour expliquer la formation du céphalématome.

Ainsi, les rétrécissements légers du bassin (Bar), la dolichocéphalie fœtale sont des causes prédisposantes communes aux deux cas.

Les difficultés de l'accouchement, l'amoindrissement de la tête fœtale se faisant par tassement, par chevauchement des os craniens favorisent, on le conçoit, cet accident.

La circonférence céphalique, qui se met en rapport avec les parois du bassin, passe au niveau de la partie postérieure des pariétaux ; ils subissent donc des violents frottements pendant la descente de la tête fœtale, qui se fera avec lenteur et difficulté.

La rotation est un peu plus étendue, étant donnée la plus grande fréquence de positions transverses.

Pendant le dégagement, l'occiput qui se trouve en arrière subira des frottements au niveau du sacrum et du coccyx.

Enfin, l'enclavement du front et les manœuvres

souvent pénibles nécessaires pour l'extraction de la tête s'ajoutent à toutes les difficultés déjà signalées pour nous faire comprendre la production du céphalématome dans les cas de présentation du front.

c) Présentation de la face

Dans la présentation de la face, le céphalématome est beaucoup plus rare, mais il peut néanmoins se rencontrer.

Là encore on retrouve à l'étiologie les rétrécissements du bassin, la dolichocéphalie, etc., causes favorables à la production des frottements ou des enfoncements.

Pendant l'engagement, l'obliquité de l'utérus signalée dans plusieurs cas de présentation de face, pousse la tête obliquement contre le rebord du détroit supérieur et peut produire un redressement brusque de la courbure du crâne fœtal.

La descente et la rotation, surtout dans les mento-postérieures, s'accomplissent péniblement, longuement et entraînent des nombreux frottements.

Ajoutons aux difficultés de l'accouchement signalées — la compression considérable de la tête, les troubles circulatoires par compression des vaisseaux du cou au temps du dégagement et nous aurons un nombre de facteurs suffisants pour expliquer la formation du céphalématome dans cette présentation.

d) *Présentation du siège*

Nous avons jusqu'à présent exposé les causes favorisant la production du céphalématome dans le cas de présentation du pôle céphalique. Le céphalématome apparaît aussi après l'accouchement par le siège, quoique beaucoup plus rarement.

Au cours de l'accouchement par le siège, la tête fœtale subit des traumatismes pendant sa descente, mais surtout pendant son dégagement.

Tout d'abord la tête fœtale peut être comprimée par le col de l'utérus.

Ce dernier, s'étant légèrement resserré au moment du passage du cou, est obligé de se dilater de nouveau au moment du passage de l'ovoïde céphalique, exerce alors sur elle une compression et gêne la circulation de retour.

Cette compression, si elle est insuffisante par elle-même pour produire le décollement, favorise tout au moins, par les troubles circulatoires et les lésions vasculaires qu'elle provoque, leur déchirure ultérieure au cours d'un glissement périostique.

Plus importants sont les traumatismes subis par la tête pendant sa descente à travers le bassin osseux et surtout pendant son dégagement.

Dans sa descente la tête frotte contre les parois et les saillies du bassin osseux ; par ces frottements il peut facilement se produire un refoulement du cuir

chevelu pouvant amener, dans les parties peu adhérentes, un décollement de périoste.

Mais le principal traumatisme que subit la tête fœtale dans la présentation du siège est celui qui se produit au moment du dégagement, exécuté par la manœuvre de Mauriceau.

Quand on extrait la tête par la manœuvre de Mauriceau, on commence par ramener l'occiput derrière la symphyse pubienne, autour de laquelle on exécute un mouvement de charnière analogue à celui qui se produit dans la présentation du sommet, sauf que la tête est placée en sens inverse.

Dans le premier mouvement qui constitue la rotation, la tête peut venir frotter contre les parois latérales de l'excavation, surtout contre l'épine sciatique.

Dans le second mouvement, qui est celui du dégagement, les téguments péri-craniens sont encore plus exposés aux tiraillements. Au moment où l'on commence à produire le mouvement de charnière les pariétaux du fœtus viennent butter contre les branches ischio-pubiennes qui le lèsent d'autant plus qu'elles forment un angle plus aigu entre elles ; et pendant tout ce mouvement l'occiput frotte contre le ligament triangulaire sous-pubien, « agissant comme une véritable rugine, râcle les parties molles et les décolle ».

OBSERVATION V (Résumée)

(Communiquée par le M. le Dr Joret dans sa thèse.)

Céphalématome de l'occipital après accouchement par le siège. — Manœuvre de Mauriceau

M... Marie-Sainte, âgée de dix-neuf ans, primipare, entre à la maternité de Rennes le 6 mai 1901 ; a ressenti ses premières douleurs la veille.

L'enfant se présente par le siège en variété de position gauche postérieure. Le bassin est normal. A une heure après-midi la dilatation est complète. La poche des eaux se rompt prématurément. Après vingt minutes, le siège, le tronc et les épaules se dégagent.

On fait la manœuvre de Mauriceau pour extraire la tête. Mais dans sa descente rapide, la tête s'est défléchie et on éprouve de sérieuses difficultés pour atteindre la bouche du fœtus. L'occiput est fortement serré contre la symphyse.

Les tractions soutenues sur le maxillaire inférieur ramènent la tête dans la flexion, mais pour la dégager on est obligé d'avoir recours à la manœuvre de Champetier de Ribes.

L'enfant du sexe masculin naît en état de mort apparente. Il pèse 3.020 grammes le B. P. 10 centimètres. L'ossification de la tête est peu avancée, les sutures et fontanelles larges.

Le soir, quatre à cinq heures après l'accouchement, on constate un céphalématome typique, sur la région occupée par l'écaille de l'occipital. Il est gros comme un œuf de

poule, de forme ovoïde. L'enfant a des cheveux abondants.

Le lendemain on sent nettement le bourrelet osseux. Le 18 mai, la femme quitte le service. Pendant tout le séjour à la maternité la tumeur n'a pas changé de volume.

Remarquons que dans cette observation l'expulsion du siège s'est effectuée sans difficulté, mais la tête s'est défléchie et le sous-occiput a subi une longue immobilisation sous la symphyse. On a dégagé la tête par la manœuvre de Mauriceau ; les fortes tractions sur le maxillaire inférieur ont eu pour conséquence les frottements de la région occipitale contre le ligament sous pubien et les branches descendantes du pubis, qui ont déterminé le glissement des parties molles péri-craniennes sur l'écaille de l'occipital. Notons également la précocité du diagnostic du céphalématome.

B. — ACCOUCHEMENT SPONTANÉ

Bassins viciés

Le céphalématome est fréquent lorsque l'accouchement s'effectue à travers un bassin rétréci et ceci se conçoit, étant donné que toutes les causes que nous avons invoquées précédemment se trouvent réalisées: longueur du travail, rupture précoce des membranes, procidences possibles et surtout irrégularités ou atrésies générales du bassin, qui augmentent ici les chances de redressement des contours osseux, là les tiraillements et les frottements.

Telle ou telle de ces causes peut prédominer sui-

vant la forme du bassin à laquelle on a affaire. La fréquence des bassins rétrécis, dans les statistiques des céphalématomes, est variable suivant les auteurs.

D'après Beck (thèse de Munich, 1904), dont la statistique porte sur 20.198 accouchements, on observe 99 céphalématomes, dans lesquels 75 0/0 des cas répondent à des bassins avec un ou plusieurs diamètres diminués.

Suivant un autre auteur allemand, Basten (thèse inaugurale de Giessen, 1906), dont la statistique porte sur 6.031 accouchements, sur 22 cas de céphalématomes, 7 fois le bassin était vicié, plat ou généralement rétréci.

Bassin généralement rétréci — Envisageons le type le plus fréquent de bassins viciés, le bassin généralement rétréci.

En effet, si on fait intervenir le traumatisme de l'accouchement comme cause déterminante dans la production du céphalématome, c'est dans cette forme du bassin que ce traumatisme sera porté au maximum.

L'engagement ne se fait qu'au prix de longs efforts et la tête trop grosse pour le détroit supérieur sera traumatisée contre les rebords de ce détroit.

La descente s'effectue à *frottement dur*, car la tête est, suivant l'expression de Pajot, « vissée comme un bouchon dans une bouteille ». Dans sa progression à travers la filière pelvi-génitale, la tête est quelquefois pressée contre un obstacle. Cet obstacle immobilise les parties molles qui recouvrent la tête ; pendant que le bloc osseux obéit aux impulsions de

l'utérus, ceci amène les tiraillements, le glissement périosté suivi de son décollement.

La rotation de la tête est régulière, mais se fait avec grande difficulté et le dégagement est lui-même souvent laborieux par le fait de l'atrésie des parties molles, fréquente dans cette forme du bassin.

Toutes ces difficultés augmentent les chances de tiraillement et de glissement des téguments péri-cra-niens, et par conséquent de glissement et de décollement périosté.

Bassin plat. — Dans le bassin plat, le mécanisme de production du céphalématome peut être le même que celui qui est invoqué dans le bassin généralement rétréci.

La tête fœtale peut être soumise aux frottements et au décollement périosté qui en découle ; mais beaucoup plus souvent le mécanisme est différent et la lésion est due au redressement brusqué de l'os contre une aspérité osseuse.

Rare dans le bassin normal, ce redressement peut se produire dans un bassin généralement rétréci, il est plus fréquent dans le bassin plat.

La violence du redressement sera d'autant plus accentuée que les saillies du bassin seront plus prononcées.

Dans le bassin plat nous avons en arrière une forte saillie formée par le promontoire, souvent aussi plusieurs faux promontoires sur l'étendue du sacrum ; en avant « les deux pubis présentent une bavure osseuse, formant en arrière une crête verticale, véri-

table *vermis osseux* » (Dubrisay et Jeannin). Toutes ces saillies sont capables de redresser la courbure de l'un des pariétaux en rapport avec eux.

Dans les cas où le redressement n'aboutit pas à la production du céphalématome, qui nécessite encore tout un ensemble de causes prédisposantes, nous trouvons néanmoins des preuves des traumatismes subis par les têtes dans ces bassins, par le fait de la présence d'autres lésions.

Ces lésions sont des ecchymoses de la région temporo-pariétale antérieure, des dépressions sur le pariétal postérieur sous forme de gouttière ou de triangle, et parfois de petits hématomes sous-périostés ou sus-dure-mériens.

C. — *Accouchement artificiel. — Interventions*

On conçoit que le céphalématome, qui peut se produire spontanément au cours du travail normal, trouve de bien plus grandes chances de se constituer lorsqu'on pratique une intervention, puisque dans ces cas on réalise bien souvent artificiellement les circonstances favorables à sa production.

Parmi les interventions qui favorisent la formation du céphalématome dit traumatique, on doit particulièrement noter ceux qui permettent de produire ou de compléter la rotation, qui ne se fait pas spontanément.

Citons, parmi les plus importantes, le forceps et la manœuvre de Tarnier.

1^o *Forceps*. — L'application du forceps peut favoriser la production du céphalématome par les deux mécanismes, aussi bien par le mécanisme du glissement que par celui du redressement.

Dans une prise de forceps correcte et solide, les parties du crâne fœtal, protégées par les cuillers du forceps, ne subiront aucun glissement.

Par contre, les régions de la tête fœtale non protégées par le forceps, en rapport direct avec les parois pelviennes, subiront un glissement d'autant plus marqué que le forceps les entraînera plus rapidement. Cela se produit dans la descente effectuée par traction et surtout dans la rotation provoquée au moyen du forceps, particulièrement s'il s'agit de faire effectuer à la tête un grand mouvement de rotation de près de 180 degrés, tel que cela se produit, en transformant une position postérieure en O. P.

La rotation se fait à frottement dur, d'autant plus que le volume de la tête fœtale est augmenté de l'épaisseur des cuillers et est fortement appliquée contre les parois pelviennes, doublées des parties molles.

Le siège du céphalématome consécutif à une application de forceps se montre le plus souvent sur le pariétal antérieur, parce que la pression est beaucoup plus forte en avant.

Là n'est pas le seul mécanisme de production du céphalématome.

Nombre de fois on doit faire intervenir le redressement brusque de la courbure osseuse.

Nous envisagerons deux cas. Dans le cas où la prise du forceps est solide, les cuillers s'appliquent intimement sur la tête fœtale et, pour peu que les cuillers soient trop rapprochées, il pourra se produire un redressement de la courbure du crâne, des enfoncements, voir même des fractures, suivis de céphalématome simple ou compliqué.

Si le forceps dérape, le bec de la cuiller vient quelquefois fortement appuyer sur le crâne fœtal et si cette pression a lieu sur un point faible, incomplètement ossifié, le redressement ou l'enfoncement est suivi d'un céphalématome.

Le céphalématome peut donc apparaître, soit au niveau du bec de cuiller, soit au droit de la jumelle qui aura le plus fortement contusionné le crâne, ainsi que cela se trouve réalisé dans les applications irrégulières et surtout dans les applications en oblique. Dans ces cas-là, en effet, il est commun de voir le forceps ne prendre contact avec la tête que par la jumelle antérieure de l'une des cuillers, et la jumelle postérieure de l'autre. C'est au niveau de la jumelle placée en avant que se produit le céphalématome.

OBSERVATION VI (Résumée)

(Recueillie par M. Mouchotte, interne du service
de M. Lepage.)

Rupture prématurée des membranes. — Travail de quarante-quatre heures. — Forceps en G. A. — Céphalématome du pariétal gauche.

C. M..., trente et un ans, primipare. Entre en travail le 7 mars 1899 à 1 heure du soir. Poche des eaux rompue spontanément treize heures avant.

La dilatation est de 2 francs, le sommet engagé en G. P.

Le 8 mars à 5 h. 30 du soir, la dilatation est complète. La tête est en G. A.

Les contractions s'espacent, l'enfant souffre ; à 10 h. 30, on applique le forceps en G. A. On extrait un enfant vivant du poids de 3.030 grammes, le B. P. est de 9.

A la visite, trente-quatre heures après l'application du forceps, on constate que l'enfant ne porte pas trace de cette application. Il présente à la partie postéro-supérieure du pariétal gauche un céphalématome dont on sent déjà le bourrelet périphérique, ce qui indique que son apparition a été plus précoce. Il a évolué normalement.

Dans cette observation, le forceps peut être nettement incriminé comme cause occasionnelle de ce céphalématome.

Comme causes prédisposantes, nous trouvons ici la primiparité de la femme et la rupture prématurée de la poche des eaux.

Bien qu'il s'agisse d'une position gauche, le céphalématome siège sur le pariétal gauche, c'est-à-dire le pariétal postérieur. En général, le céphalématome consécutif à une application de forceps, siège sur le pariétal antérieur, celui qui supporte les plus fortes pressions.

OBSERVATION VII (Résumée)

(Communiquée par M. le Dr Morain dans sa thèse.)

Application de forceps. — Asphyxie de l'enfant

M. B..., 1-pare, trente-cinq ans. Début du travail le 25 avril à midi ; présentation du sommet en O. I. D. A.

La dilatation est complète le 26, vers 9 heures du matin. Dès la dilatation complète, la tête descend sur le périnée, mais à cause de rigidité périnéo-vulvaire, la tête cesse de progresser et malgré l'état satisfaisant de la mère et de l'enfant, on applique le forceps. L'extraction par le forceps a été facile et, aussitôt l'extraction de la tête, on constate une circulaire serrée autour du cou.

L'enfant, de sexe masculin, est de volume normal ; il est fortement cyanosé et ne fait pas des mouvements inspiratoires ; après quelques instants la respiration s'établit.

Il ne présente pas de traces de contusion résultant de l'application du forceps.

Le 26, le soir, l'enfant présente sur la lèvre inférieure une petite anapoule remplie de sang extravasé.

Le 28, apparaissent deux ecchymoses sur la lèvre inférieure, deux autres sur la face interne de la cuisse et jambe gauche. On trouve dans une selle de l'enfant un filet de sang

rutilant, et enfin on constate sur le pariétal gauche, à la place primitivement occupée par la bosse sanguine, un céphalématome.

Le céphalématome, pendant trois-quatre jours, a augmenté progressivement de volume, puis il est resté stationnaire pendant quelques jours et a fini par diminuer d'une façon lente et régulière. Il a mis trois mois pour disparaître.

Notons dans cette observation une cause prédisposante fréquemment signalée dans les cas de céphalématome, la primiparité de la mère et son âge avancé (trente-cinq ans).

Comme faits, pouvant être considérés, comme causes occasionnelles, notons une application de forceps, et les troubles circulatoires intenses qu'a subis l'enfant du fait de la compression prolongée par les parties molles maternelles rigides et par la circulaire serrée.

La tête fœtale a été immobilisée sur le périnée plus d'une heure et demie, et c'est alors seulement qu'on pratiqua une application du forceps.

L'enfant est né en état d'asphyxie, et c'est à ce fait que M. Morain attribue le principal rôle dans la production de ce céphalématome, ainsi que dans la production des autres hémorragies sous-cutanées et intestinales constatées chez cette enfant.

On ne note pas dans l'observation d'antécédents morbides chez l'enfant, mais peut-être faut-il, pour expliquer toutes ces hémorragies multiples de l'enfant, ajouter à tous les traumatismes qu'a subis l'enfant

pendant cet accouchement, aussi un certain degré d'hémophilie.

2° *Manœuvre de Tarnier*. — Une autre intervention fréquemment suivie d'apparition d'un céphalématome est la manœuvre de Tarnier (Bar).

Cette manœuvre consiste à introduire l'index profondément derrière le pubis et le placer dans le sillon auriculo-mastoïdien antérieur ; on attend une contraction et dès que celle-ci se produit on exerce une pression dans l'angle de ce sillon, de façon à reporter l'occiput vers la symphyse pubienne.

La manœuvre de Tarnier, employée surtout dans les positions occipito-postérieures, permet parfois de compléter ou de produire la rotation, qui ne s'effectue pas spontanément.

Cette manœuvre surtout difficile chez les primipares, agit en produisant un glissement des tégu-ments sur le crâne osseux et un décollement au point de moindre résistance.

3° *Version podalique*. — La version podalique est susceptible de réaliser l'apparition du céphalématome au moment de l'extraction de la tête dernière.

On a noté dans certaines observations l'influence de la manœuvre de Champetier de Ribes, pratiquée dans un bassin plat, pour faciliter l'engagement.

Il pourra se produire, par cette manœuvre, un redressement de la courbure crânienne par la projection plus ou moins brusque de l'occiput contre les parois latérales du bassin et surtout contre les arêtes vives formées par les lignes innommées.

Enfin dans le dernier temps de l'accouchement, après version, on trouve les mêmes causes de production du céphalématome, que dans l'accouchement par le siège. Celles-ci ont été étudiées plus haut, nous n'y reviendrons pas.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions diffèrent suivant que nous avons à faire à un céphalématome spontané, simple ou traumatique compliqué.

Dans le premier cas la peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont intacts.

Le périoste est soulevé par l'épanchement, sur une étendue variable suivant le volume de la tumeur.

La face externe du périoste est normale et quelquefois assez transparente pour laisser apercevoir la collection sanguine située au-dessous.

La face interne est en général colorée par le sang avec lequel elle se trouve en contact.

Quelquefois le sang épanché n'est pas en contact direct avec le périoste et toute la collection sanguine est entourée d'une sorte de néo-membrane.

Cette néo-membrane tapisse d'une part la face interne du périoste où elle est mince ; de l'autre elle recouvre la portion dénudée du pariétal, où son épaisseur est plus considérable et son adhérence plus intime. Elle est blanche et filamenteuse, quelquefois jaune rougeâtre, plus solide et ressemble à une lame très fine de cartilage.

Son origine est différemment interprétée suivant les auteurs. Les uns la considèrent comme formée par un exsudat plastique fibrineux, les autres comme le résultat du tassement du tissu conjonctif refoulé latéralement par l'hémorragie.

Virchow la considère comme résultat de l'épaississement et du dépôt du sang dans les parties externes de la tumeur.

La quantité de sang épanché varie avec le volume de la tumeur. La moyenne est de 20 à 30 grammes.

Dans les premiers jours, le sang est rouge et liquide, plus tard il devient épais et noirâtre ; enfin quand le travail de résorption est avancé, il se transforme en une masse gélatino-fibrineuse.

L'os dans le cas de céphalématome par glissement ne présente ni enfoncement ni fracture. La surface est rugueuse, couverte d'aspérités. On trouve quelques incisures au niveau du bord postéro-supérieur du pariétal.

Il n'en est pas de même lorsque le céphalématome est le résultat du redressement de la courbure osseuse ; dans ces cas-là on peut observer une hémorragie infiltrant les mailles du tissu osseux sur une plus ou moins grande épaisseur.

Par places, l'os est légèrement aminci, surtout au niveau de la partie centrale. Cette altération a été considérée par certains auteurs comme le résultat de l'ostéite raréfiante, par d'autres comme un phénomène résultant de la formation du bourrelet.

Le bourrelet osseux, circonscrivant la base de la

tumeur, apparaît généralement au bout de deux ou trois jours, parfois seulement après le dixième. Il est d'abord peu saillant et incomplet.

Quand le céphalématome commence à décroître et à s'affaïsser, le bourrelet devient plus saillant, plus large et le circonscrit plus ou moins complètement. A ce moment il a généralement une hauteur de 2 à 4 millimètres. Il est prismatique, sa face inférieure est en rapport avec l'os, dont il est facile de le séparer, sa face externe adhère intimement au périoste et sa face interne est en rapport avec l'épanchement. L'origine du bourrelet a été diversement interprétée suivant les auteurs. De nature osseuse pour les uns, il traduirait la réaction ostéogénique à la limite du décollement, il se formerait au détriment de la nutrition de la partie centrale de l'os, qui ne serait pas alors suffisamment nourrie, d'où quelquefois amincissement de l'os, noté plus haut ; pour les autres il ne serait qu'un épaissement de la lame fibro-conjonctive, dont nous avons parlé plus haut.

ÉVOLUTION

On peut diviser l'évolution de la tumeur en trois périodes :

Une première période d'accroissement, qui débute après l'accouchement et dure jusqu'à ce que la tumeur ait atteint son volume maximum. Elle dure en général huit à dix jours.

La seconde période ou période d'état, pendant laquelle le volume de la tumeur reste stationnaire. Sa durée est en moyenne de sept à vingt-huit jours.

La troisième période ou période de décroissance, pendant laquelle la tumeur diminue progressivement. La durée est très variable, la moyenne est de deux à trois mois.

Pendant cette période, le volume diminue, le céphalématome s'aplatit, le bourrelet s'avance peu à peu vers le centre de la tumeur. C'est à ce moment qu'on perçoit la crépitation parcheminée, en pressant avec les doigts sur le centre de la tumeur.

Celle-ci s'affaissant de plus en plus, devient flasque, cesse bientôt d'être fluctuante et la sensation parcheminée devient imperceptible. Pendant un certain temps, on sent encore quelques saillies osseuses, qui

disparaissent à leur tour. Telle est la terminaison favorable du céphalématome par résorption.

Mais s'il existe une érosion cutanée, l'épanchement peut s'infecter et évoluer vers la suppuration.

La guérison est encore possible, mais le plus souvent on assiste à toutes les complications de l'infection chez le nouveau-né, à laquelle il résiste très difficilement.

Les complications les plus fréquentes sont : soit de l'infection méningée par propagation du processus infectieux, soit de l'infection généralisée, se traduisant par des abcès multiples disséminés. Ces complications sont presque toujours mortelles.

DIAGNOSTIC

Le céphalématome présente un ensemble de signes qui permettent de le diagnostiquer facilement. C'est une tumeur irréductible, indolore, sans modification de couleur de la peau, ni de la température locale.

Il n'apparaît qu'après l'accouchement, reste quelques jours stationnaire, pour ne se dissiper qu'après plusieurs semaines.

Il siège généralement sur un os, le plus souvent sur un pariétal, sans jamais dépasser les sutures et fontanelles.

Après deux à trois jours en général il est nettement circonscrit par un bourrelet osseux. Plus ou moins fluctuant, il se laisse déprimer sous la pression.

Tous ces caractères permettent de le différencier de la bosse séro-sanguine. Celle-ci est souvent apparente pendant le travail et se dissipe en général au bout de douze à vingt-quatre heures après la naissance.

Moins nettement circonscrite, elle s'étend le plus souvent d'un os à l'autre et recouvre les sutures qu'elles séparent. Le cuir chevelu a une teinte violacée. De consistance pâteuse et non fluctuante, comme le

céphalématome, la bosse séro-sanguine se laisse aussi déprimer, mais conserve quelque temps l'empreinte du doigt. La coexistence de deux lésions crée des difficultés pour le diagnostic précoce. Le diagnostic est également à faire avec le méningo-encéphalocèle, dont on le distingue facilement. Le céphalématome est irréductible, n'augmente pas sous l'influence des cris et efforts de l'enfant, la pression ne détermine chez l'enfant aucun phénomène nerveux.

L'encéphalocèle est évidente au moment de la naissance. Elle correspond à une suture ou une fontanelle et sort d'une véritable ouverture, qui la limite et l'embrasse à sa sortie du crâne.

Elle est quelquefois le siège de battements et augmente de volume par les cris et efforts de l'enfant. Elle est partiellement réductible, mais sa réduction ou pression s'accompagne de phénomènes cérébraux.

Reste à différencier le céphalématome de l'abcès du cuir chevelu et de quelques tumeurs solides de cette région, tel que le lipome par exemple.

L'abcès du cuir chevelu s'accompagne de rougeur, et chaleur, il est douloureux à la pression. Le diagnostic avec le lipome est aisé.

La consistance pâteuse, la forme bosselée, l'indolence et la mobilité plus ou moins accentuée sur les plans profonds des lipomes, le caractérisent et le distinguent suffisamment du céphalématome.

PRONOSTIC

Le céphalématome avait été primitivement considéré comme une maladie très dangereuse. Depuis Seux, on considère cette affection comme tout à fait bénigne et ne nécessitant, dans la plupart des cas, d'autre traitement que l'expectation.

A ce sujet, Tarnier s'exprime ainsi : « Le céphalématome est une maladie peu dangereuse, la divergence des auteurs sur ce point ne peut s'expliquer que par les idées préconçues que chacun d'eux avait adoptées sur les causes de la maladie et par traitement souvent dangereux, qu'on employait pour la combattre. »

Le céphalématome simple est bénin, évolue vers la résolution et guérit avec les efforts seuls de la nature. Mais sa durée est variable, il peut se prolonger des semaines et même des mois.

Le céphalématome compliqué est souvent une affection grave, dont la gravité varie avec l'étendue et la nature des lésions.

Une simple éraillure des téguments expose l'enfant à toutes les complications des plaies, contre lesquelles le nouveau-né résiste si difficilement.

TRAITEMENT

Si l'on se trouve en présence d'un céphalématome simple, la conduite du médecin se résume en deux mots : s'abstenir et attendre. Le céphalématome simple guérit tout seul et « tous les traitements constitués contre lui jusqu'à ce jour sont inutiles, quelques-uns sont nuisibles » (Seux).

Dans les cas de céphalématome volumineux, dépassant le volume d'un œuf, quelques auteurs conseillent d'appliquer un pansement compressif ; et même s'il y a danger de rupture spontanée faire une ponction ou incision aseptique.

Dans les cas où existerait une plaie cutanée même légère, appliquer un pansement antiseptique.

Dans le céphalématome compliqué, la conduite varie avec la nature des complications.

S'il y a fracture du crâne sans aucun signe alarmant, le traitement doit consister dans l'expectation armée et l'antisepsie.

Si, au contraire, il se produit des phénomènes de compression du cerveau, par suite de redressement de l'os, il faut réduire cet enfoncement.

De même s'il y avait le moindre signe d'infection, il faudrait évacuer l'épanchement et appliquer un pansement antiseptique.

CONCLUSIONS

Le céphalématome est une affection relativement fréquente chez le nouveau-né. Fréquence : 1 cas sur 250 accouchements d'après les uns ; 1 cas sur 195 accouchements d'après les autres. Il survient pendant le travail de l'accouchement, mais ne devient cliniquement appréciable que dans *les heures* ou les jours qui suivent la naissance.

Surtout fréquent dans l'accouchement en présentation du sommet, on l'observe, quoique plus rarement, dans l'accouchement en présentation du siège du front et de la face.

Les dystocies de toute nature et celles surtout qui sont dues à l'existence d'un rétrécissement pelvien y prédisposent ; mais le céphalématome peut survenir à l'occasion d'un accouchement eutocyque dans un bassin normal.

Parmi les interventions susceptibles de le provoquer, il faut surtout signaler le forceps et la manœuvre de Tarnier.

Le céphalématome reconnaît deux modes de production :

Le glissement des parties molles péricraniennes

avec périoste sur l'os sous-jacent, le redressement brusque de la courbure normale des os de la voûte.

Le pronostic en est très bénin, le diagnostic facile.

Le traitement est avant tout expectatif, toute intervention peut être dangereuse.

Vu : le Président de la thèse,

PAUL BAR

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

F. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Alvarez.* — Annales de la Academia de Obstetrica, Gynécology Pediatría, juin 1911.
- Audebert.* — Du céphalématome dans les présentations du siège (Archives médicales de Toulouse, 1^{er} juin 1901).
- Céphalématome triple (Société d'Obstétrique de Toulouse séance 7 juin 1910).
- Bar.* — Art de la pratique des accouchements.
- Basten.* — Das Kephalthætoma luternum beim Neugeb. in beson. Seine Aetiologie. Th. inerg. Giessen, 1904.
- Beck.* — Atiologie und theurapie des Kephalthem. Ergebnisse aus einer Zusammenst, von 102 Faller. Thèse Munich, 1904.
- Biocke.* — Contribution à l'étude du Cephalaletome. Thèse de Paris, 1900.
- Dehail.* — De la date d'apparition du céphalématome. Thèse de Paris, 1907.
- Dubois.* — Dictionnaire en 30 volumes. Art. Cephalaletome VIII, p, 88.
- Dubrisay et Jeannin.* — Précis d'accouchement.
- Fau.* — Du Céphalématome dans les présentations du siège. Toulouse, 1900.
- Féré.* — Bulletin de la Société anatomique, 1874, p. 485. Ibidem, 1878, p. 545.
- Hamon.* — Contribution à l'étude du céphalématome. Thèse de Paris, 1887.
- Joret.* — De la Pathogénie du céphalématome. Thèse de Paris, 1902.
- Maygrier.* — Du céphalématome (Journal des Praticiens, 21 mars 1903).
- Metzger.* — A propos d'un cas de céphalématome (Bulletin

- de la Société d'Obstétrique à Paris. Séance du 18 février 1909).
- Morain.* — Du céphalématome chez le nouveau-né et en particulier de son étiologie. Thèse de Paris, 1888.
- Morisson.* — Du céphalématome. Considérations sur l'utilité de son diagnostic en médecine légale. Thèse de Bordeaux, 1909.
- Mouchotte.* — Le Céphalématome à apparition précoce (Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie, n° de décembre 1901).
- Nœgelé.* — Journ. compl. du Diction. des Sciences médicales, t. XIII, p. 227, 1872.
- Oui.* — Sur un cas de céphal. double (Écho médical du Nord, n° 25, 20 juin 1909).
- Queirel.* — Du céphal. (Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, janvier 1901).
- Pajot.* — Des lésions traumatiques que le fœtus peut éprouver pendant l'accouchement. Thèse d'agrégation, 1853, p. 35.
- Péry et Balard.* — Céphalém. à volume et à caractères anormaux (Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie. Séance du 22 octobre 1913).
- Poirier.* — Traité d'Anatomie.
- Rivière.* — Céphalématomes multiples (Société de Médecine et Chirurgie de Bordeaux. Séance du 3 février 1912).
- Schlieper.* — Kephalthætoma nœnatorum. Th. de Griefswald, 1903.
- Seux.* — Rech. sur les mal. des enfants nouveau-nés. Paris, 1863.
- Tarnier.* — Article Céphalématome (Nouveau Diction. de Méd. et de Chir. prat., t. VI, p. 665).
- Valleix.* — Du développement des os du crâne après la naissance (Bull. de la Soc. anat., oct. 1835, p. 41. Clin. des maladies des enfants nouveau-nés. Paris, 1838, p. 451 et suiv.).
- Zeller.* — Du céphal. Heidelberg (Annales de la Société anat. anat. path., 1872).

Imp. de la Faculté de Méd. Jouve et C^{ie}, 15, rue Racine. Paris — 2792-14
